

**WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND AND DISABLED
APPLICATION / REVIEW INSTRUCTIONS,
INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD Y REVISIÓN DEL PROGRAMA MEDICAID PARA ANCIANOS,
CIEGOS E INCAPACITADOS DE WISCONSIN**

Ésta es una solicitud para *Medicaid* destinada a personas de 65 años de edad o mayores, personas ciegas o con incapacidades. Esta solicitud no es válida para cupones de alimentos. Si está interesado en solicitar cupones de alimentos, comuníquese con el departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, o bien con el organismo W-2 de su localidad.

Si usted tiene alguna incapacidad y necesita acceder a esta información en un formato alternativo o en otro idioma, llame al 1-608-3356 (voz) o al 1-608-266-2555 (TTY). Estos servicios son gratuitos.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o desea responder a las preguntas personal o telefónicamente, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. Si tiene otras preguntas acerca de *Medicaid* para personas ancianas, ciegas o incapacitadas, llame a la *Recipient Hotline*, línea directa para beneficiarios, al 1-800-362-3002. Además, encontrará información disponible en la página Web del *Department of Health and Family Services*, Departamento de Salud y Servicios Familiares, en: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid/index.htm>.

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Antes de llenar la solicitud, lea todas las instrucciones.
2. Escriba en forma clara y en letra de imprenta. Utilice tinta azul o negra.
3. No escriba en las secciones sombreadas.
4. Llene la solicitud en forma completa. Puede autorizar a un representante para que llene la solicitud en su nombre. Complete y envíe con su solicitud el formulario de "Representante autorizado" (HCF 10126). Este formulario autoriza a un representante para que complete y firme la solicitud por usted. Un tutor legal, guardián o apoderado legal puede presentar una solicitud en nombre de otra persona sin que sea necesaria su autorización. Si usted está presentando la solicitud en nombre de otra persona, complétela como si fuera el solicitante.
5. Escriba la información sobre usted y su cónyuge.
6. Si la solicitud no está completa, puede haber retrasos para que reciba los beneficios de *Medicaid*. (Utilice la lista de verificación de la página 13 para asegurarse de que su solicitud esté completa.) Si su solicitud no está completa o si solicitó la elegibilidad con retroactividad para los tres meses anteriores a la presentación de esta solicitud, el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La siguiente es información importante acerca de la elegibilidad para inscribirse en el programa *Medicaid* para personas ancianas, ciegas o con incapacidades:

- La fecha de su solicitud indica el día en que el departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu recibió la solicitud firmada. La decisión tomada sobre su elegibilidad para inscribirse en el programa *Medicaid* le será enviada por correo dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud. Los formularios sin firmar serán devueltos.

Si usted reúne los requisitos, es importante que se inscriba lo más pronto posible, ya que sus beneficios están basados en la fecha de su solicitud. Puede obtener los beneficios de *Medicaid* para cubrir hasta tres meses anteriores a la fecha de su solicitud, si usted provee toda la información necesaria que demuestre que reúne los requisitos para ese período. Si desea obtener ayuda con el pago de la atención médica durante cualquiera de los tres últimos meses (fecha retroactiva), asegúrese de haber marcado "Sí" en el casillero de la primera página de la solicitud, donde se le pregunta "¿necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en alguno de los tres últimos meses?"

- Infórmese sobre sus derechos y obligaciones consultando el folleto *Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits*, Programa Medicaid de Wisconsin - Elegibilidad y beneficios PHC 10025. Si no lo tiene, puede obtenerlo en el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, o bien llamando al *Medicaid Recipient Services*, Servicios para Beneficiarios de Medicaid, al 1-800-362-3002, o descargando uno del sitio Web de Medicaid en: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid/index.htm>.

Si tiene alguna duda sobre sus derechos y obligaciones, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, o llame al *Medicaid Recipient Services*, Servicios para Beneficiarios de Medicaid, al: 1-800-362-3002.

- Si usted cumple con todos los requisitos para obtener los beneficios de los planes *Medicaid*, deberá completar una revisión cada 12 meses para determinar si sigue manteniendo su elegibilidad. Todos los cambios, como por ejemplo aquéllos en sus ingresos o la composición de su hogar, deben ser informados al departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu dentro de los 10 días de ocurridos.

SECCIÓN I - Información del solicitante

Conforme a la sección 49.54 (4) de la Wisconsin Statute, Ley de Wisconsin, la información de identificación personal se emplea solamente para administrar el programa *Medicaid*.

¿Necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en alguno de los tres últimos meses?

Si necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en los tres últimos meses, marque "Sí". (Sólo para solicitudes nuevas.) De lo contrario, marque "No". Si marcó "Sí", deberá suministrar información adicional para que podamos procesar su solicitud. El departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted.

Marque el idioma en el que desea recibir las notificaciones de elegibilidad.

Marque “Inglés” si desea recibir las notificaciones en inglés. Marque “Español” si desea recibir las notificaciones sobre su elegibilidad en español. En caso de necesitar ayuda para la traducción de cualquier notificación de elegibilidad que reciba en otro idioma que no sea inglés o español, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu.

Idioma que se habla en el hogar.

Escriba con letra de imprenta el idioma que se habla más frecuentemente en su hogar.

Date received

No complete las secciones sombreadas.

RFA Number

No complete las secciones sombreadas.

Nombre de la persona que solicita *Medicaid*.

Escriba en letra de imprenta el apellido, primer nombre y la inicial del segundo nombre de la persona que solicita los beneficios del programa *Medicaid*.

Número de teléfono

Escriba en letra de imprenta su número de teléfono de 10 dígitos (incluya el código de área).

Domicilio

Escriba en letra de imprenta su dirección, calle, ciudad, estado y código postal.

Domicilio postal

Escriba en letra de imprenta el domicilio postal donde desee recibir la información acerca de su elegibilidad y beneficios para el programa *Medicaid*. Éste puede ser su domicilio actual o bien el domicilio actual de su representante autorizado. También puede ser un domicilio alternativo distinto del de donde usted vive.

SECCIÓN II - Información general

La elegibilidad para el programa *Medicaid* está basada en la información suministrada por usted y su cónyuge, si es casado/a.

Nombres completos

Escriba en letra de imprenta el apellido, primer nombre y la inicial del segundo nombre del solicitante y, si es casado/a, el de su cónyuge. Asigne el número “1” al solicitante y, si es casado/a, el “2” a su cónyuge. (Cuando complete el resto de la solicitud, continúe utilizando el mismo formato de la información del solicitante como “1” y, si es casado/a, la del cónyuge como “2”).

Enumere los nombres que haya usado anteriormente.

Escriba con letra de imprenta los nombres de casado/a, soltero/a u otros nombres utilizados anteriormente.

¿Solicita la cobertura de Medicaid?

Marque “Sí” si usted está solicitando la cobertura del programa *Medicaid*. De lo contrario, marque “No”. Marque “Sí” si su cónyuge está solicitando la cobertura del programa *Medicaid*. De lo contrario, marque “No”.

Código de raza u origen étnico

Escriba en letra de imprenta los códigos que describan con mayor precisión su raza u origen étnico y los de su cónyuge. Esta información es voluntaria y no se utilizará para determinar su elegibilidad.

- A = asiático
- B = negro
- H = origen hispano
- I = aborigen americano / esquimal
- P = nativo de Hawai o las islas del Pacífico
- S = del Sudeste asiático
- W = blanco

Número de Social Security

Escriba en letra de imprenta su número de *Social Security* (SSN) y/o el de su cónyuge, si éste también está solicitando cobertura de *Medicaid*. Sólo debe suministrar información sobre el SSN en el caso de aquellas personas que soliciten cobertura de *Medicaid*.

Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de Medicaid de Wisconsin pero no deseen proporcionar ni solicitar su SSN, no podrán ser elegibles para obtener la cobertura conforme a la sección 49.82(2) de los *Wisconsin Statutes*, Estatutos de Wisconsin. El SSN será empleado para administrar el programa *Medicaid*. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service (IRS)*, Servicio de Impuestos Internos, federal; la *Social Security Administration (SSA)*, Administración de Seguro Social, federal; y el *Department of Workforce Development*, Departamento de Desarrollo de Personal, de Wisconsin. Además, el programa *Medicaid* comparará su nombre y su SSN con la información provista por proveedores de seguros de salud para determinar si tiene otro seguro.

Si usted está solicitando únicamente los servicios de emergencia debido a su condición inmigratoria, no necesita dar información relativa a su SSN. Ni su nombre ni su SSN serán divulgados al *Immigration and Naturalization Service (INS)*, Servicio de Inmigración y Naturalización.

Sexo

Marque “Masculino” si usted es un hombre. Marque “Femenino” si usted es una mujer.

Fecha de nacimiento

Escriba en letra de imprenta su fecha de nacimiento y la de su cónyuge. Cuando escriba la fecha de nacimiento, use números para indicar el mes, día y año. (Por ejemplo: si la fecha de nacimiento es el 23 de febrero de 1970, escriba 02/23/70).

Código de estado civil

En el espacio provisto, escriba en letra de imprenta el código que mejor describa su estado civil.

- A = Anulado
- D = Divorciado/a
- LS = Legalmente separado/a
- M = Casado/a
- S = Separado/a
- N = Nunca casado/a
- W = Viudo/a

¿Es ciudadano estadounidense?

Marque "Sí" si usted es ciudadano/a de los Estados Unidos. De lo contrario, marque "No". Marque "Sí" si su cónyuge es ciudadano/a de los Estados Unidos. De lo contrario, marque "No". Si marcó "No" en el casillero suyo o de su cónyuge y están solicitando la cobertura de *Medicaid*, presente copias de ambas carillas de los documentos de inmigración con esta solicitud. Esta información puede ser presentada ante el INS con fines de verificación para aquellas personas que solicitan este programa.

Si no está solicitando cobertura de *Medicaid*, no necesita presentar pruebas de su condición inmigratoria.

¿Es veterano de guerra?

Si usted es veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si su cónyuge es veterano/a de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

¿Ha sido declarado ciego o incapacitado por la *Social Security Administration*, Administración de Seguro Social, (SSA)?

Si usted ha sido declarado ciego o incapacitado por la SSA, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si su cónyuge ha sido declarado ciego o incapacitado por la SSA, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

Si usted es discapacitado y actualmente no trabaja, ¿está interesado en trabajar?

Si usted está interesado en trabajar, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si su cónyuge está interesado en trabajar, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

¿Ha recibido anteriormente *Supplemental Security Income (SSI)*, Seguridad de Ingreso Suplementario ?

Si ha recibido SSI anteriormente, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si su cónyuge ha recibido SSI anteriormente, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

SECCIÓN III - Ingresos salariales (Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

Para poder determinar si usted y su cónyuge reúnen los requisitos necesarios, debe suministrar información concerniente a sus ingresos.

¿Usted y/o su cónyuge trabajan?

Si usted o su cónyuge trabajan, marque “Sí” y complete el resto de la Sección III. De lo contrario, marque “No” y diríjase a la Sección V.

Nombre de la persona que trabaja

Escriba con letra de imprenta el apellido y nombre de las personas que trabajan.

Nombre y domicilio del empleador

Escriba con letra de imprenta el nombre completo y domicilio del empleador de las personas que trabajan.

Fecha de inicio del empleo

Escriba con letra de imprenta la fecha de inicio del empleo correspondiente a la persona que trabaja. Cuando escriba la fecha, use números para indicar el mes, día y año. (Por ejemplo: si la fecha de inicio del empleo es el 2 de mayo de 2000, escriba 05/02/00).

Ingresos brutos mensuales previstos para este mes

Escriba con letra de imprenta los ingresos brutos mensuales (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) previstos para este mes de cada persona que trabaja. Redondee la cifra al número entero más cercano.

Ingresos brutos mensuales previstos para el mes próximo

Escriba con letra de imprenta los ingresos brutos mensuales (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) previstos para el próximo mes de cada persona que trabaja. Redondee la cifra al número entero más cercano.

SECCIÓN IV - INGRESOS POR TRABAJO INDEPENDIENTE (Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

¿Usted y/o su cónyuge trabajan en forma independiente?

Si usted trabaja en forma independiente, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”. Si su cónyuge trabaja en forma independiente, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

Si respondió “Sí” a la pregunta anterior con respecto a usted y/o su cónyuge, complete el resto de la Sección IV.

Trabajador independiente

Escriba el apellido y el primer nombre del trabajador independiente.

Nombre y domicilio de la empresa

Escriba el nombre y domicilio de la empresa de cada persona que trabaja de manera independiente.

Rubro

Escriba el tipo de actividad comercial de cada persona que trabaja de manera independiente.

Ingreso neto anual

Escriba el ingreso neto anual de cada persona que trabaja en forma independiente. El ingreso neto anual es igual al ingreso bruto anual menos la depreciación y gastos laborales. Enumere los montos presentados ante el *Internal Revenue Service (IRS)*, Servicio de Impuestos Internos, en sus formularios de declaración impositiva. Si usted y/o su cónyuge no presentaron la declaración impositiva correspondiente al año

pasado, deje este campo en blanco. El departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

Monto de depreciación reclamado

Enumere los montos presentados ante el IRS en sus formularios de declaración impositiva. Si usted y/o su cónyuge no presentaron la declaración impositiva correspondiente al año pasado, deje este campo en blanco. El departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

Ingresos previstos para este año

Escriba el ingreso bruto anual (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) que prevé percibir este año la persona que trabaja de manera independiente.

SECCIÓN V - Ingresos no salariales

Los ingresos no salariales están conformados, entre otros, por ingresos en concepto de pensión alimenticia/mantenimiento; caridad; sustento de menores; subsidio por enfermedad o invalidez; intereses/dividendos; pensión/jubilación; compensación laboral; dinero por venta de bienes; dinero cedido por otras personas; ingresos por alquileres; *Social Security Income (SSI)*, Ingreso Suplementario de Seguridad; *Social Security*; beneficios de veteranos de guerra y subsidio por desempleo.

¿Usted y/o su cónyuge perciben ingresos no salariales?

Si usted o su cónyuge perciben ingresos no salariales, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si marcó "Sí" en esta pregunta, complete el resto de la Sección V.

Nombre de la persona que recibe el ingreso

Escriba el apellido y nombre de la persona que percibe el ingreso.

Tipo / Fuente

Escriba los tipos y fuentes de ingresos, por ejemplo aquéllos en concepto de *Social Security*, desempleo, retiro de empleados ferroviarios, compensación laboral, pensión/jubilación privada, sustento de menores, ingresos por intereses y beneficios de veteranos de guerra.

Monto bruto mensual

Escriba el monto bruto mensual percibido (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) por cada tipo o fuente de ingreso indicado.

SECCIÓN VI - Gastos domésticos

Enumere todos los gastos domésticos. Los gastos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Hipoteca/alquiler
- Impuestos inmobiliarios
- Sustento familiar/pensión alimenticia
- Honorarios de tutores o abogados designados por un tribunal
- Seguro de propietario/inquilino
- Sustento de menores
- Facturas telefónicas
- Facturas del servicio de agua
- Facturas del servicio de gas/electricidad
- Gastos de calefacción

SECCIÓN VII – Gastos médicos de bolsillo

Describa los gastos médicos

Enumere los tipos de gastos en los que incurre, por ejemplo, copagos o costos de medicamentos de venta libre. No incluya las primas del seguro médico ni artículos por los cuales reciba reembolsos.

Indique si el artículo/servicio médico es un gasto laboral o no laboral

Si el gasto indicado es necesario para trabajar, marque el casillero “Gasto laboral”. Un gasto laboral no puede ser uno que pudiera tener un trabajador de características similares y sin incapacidades, como, por ejemplo, los uniformes. Si el gasto indicado no está relacionado con el trabajo, marque el casillero “Gasto no laboral”.

Monto

Escriba el monto en dólares de los gastos indicados.

Frecuencia de pago

Especifique si es un gasto que se paga por única vez o semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral o anualmente.

SECCIÓN VIII - Patrimonio

En esta sección, escriba todos los activos que sean propiedad de los solicitantes y sus cónyuges. Incluya los activos que posean conjuntamente con terceros. No incluya el valor de pertenencias personales de uso doméstico, a menos que sean de un valor inusual. (La información sobre vehículos automotores debe ser especificada en la Sección IX). Escriba todos los activos que sean propiedad del solicitante y su cónyuge. Incluya los activos que sean de propiedad conjunta. Algunos ejemplos de activos son los siguientes:

- Propiedades / Bienes raíces
- Certificados de depósitos
- Fondos fiduciarios o de fideicomiso
- Dominios vitalicios
- Acciones
- Bonos
- Individual Retirement Accounts, Cuentas de Retiro Individual, (IRA)
- Planes Keogh u otros amparos tributarios
- Propiedades personales de valor excepcionalmente alto

- Contratos de compraventa de bienes inmuebles
- Hipoteca

Para cada ítem enumerado, escriba el nombre de los propietarios, el valor actual en dólares y la descripción de la institución bancaria/financiera (nombre y número de cuenta).

NOTA: Deberá suministrar documentación probatoria de los activos. Por ejemplo, deberá proporcionar una copia de su resumen de cuenta bancaria que muestre el monto de la cuenta en la fecha en que se completó la solicitud o algo que muestre la indemnización por fallecimiento del asegurado y el valor en efectivo de su póliza de seguro de vida. Si tiene estos elementos disponibles el día de la presentación de esta solicitud, ajunte copias de ellos. Será contactado por un trabajador de respaldo económico y se le pedirá que suministre comprobantes de la información faltante, conflictiva o vaga, si ésta pudiera afectar sus requisitos de elegibilidad para inscribirse en *Medicaid*.

SECCIÓN IX - Información sobre vehículos

Enumere todos los vehículos automotores que sean propiedad del solicitante y su cónyuge. Incluya aquéllos que sean de propiedad conjunta con terceros.

Tipo de vehículo

Escriba el tipo de vehículo.

Año, marca y modelo del vehículo

Escriba el año, marca y modelo del vehículo.

Nombre de los propietarios

Escriba el apellido y nombre de los propietarios.

Monto adeudado

Escriba el monto adeudado en dólares del crédito utilizado para comprar el vehículo. Si no se adeuda nada, escriba \$0.

¿El vehículo se utiliza para ir a consultas médicas?

Si el vehículo especificado se utiliza para asistir a consultas médicas, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

¿El vehículo se utiliza con fines agrícolas, laborales, escolares o de capacitación?

Si el vehículo se utiliza para ir al trabajo, a sesiones de capacitación, a la escuela o para hacer actividades agrícolas, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

SECCIÓN X - Información del seguro médico

Como condición de elegibilidad para *Medicaid*, debe informar toda tercera parte que pueda ser responsable del pago de la atención médica que usted y su cónyuge reciben, incluso los seguros privados de salud, Medicare o Medi-GAP. Debe cooperar suministrando la información requerida. Además, esto incluye todo seguro que pudiera estar disponible a través de planes grupales de salud de trabajadores o póliza de atención médica a largo plazo.

¿Usted y/o su cónyuge poseen cobertura de seguro médico (que no sea de Medicaid)?

Si usted y/o su cónyuge poseen cobertura de seguro médico que no sea Medicaid, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

Fecha de inicio de la cobertura

Escriba la fecha (mm/dd/aa) de inicio de la cobertura.

Monto de la prima

Escriba el monto en dólares de la prima (redondeado al número entero más cercano).

Frecuencia de pago de la prima

Escriba la frecuencia del pago de la prima (trimestral, mensual, bimestral, semestral o anual).

¿Quién paga la prima?

Escriba el nombre y apellido de la persona que paga la prima.

Nombre del asegurado

Escriba el nombre y apellido del asegurado.

¿Quién posee cobertura?

Escriba el nombre y apellido de las personas aseguradas por la póliza.

Nombre y domicilio de la compañía de seguro

Escriba el nombre y domicilio de la compañía de seguro, incluyendo la ciudad, estado y código postal.

Número del seguro

Escriba el número del seguro (puede incluir el número de grupo, abonado, miembro, división, etc.).

¿Usted y/o su cónyuge poseen cobertura del Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Program, Programa de Seguro de Salud de Riesgo Compartido de Wisconsin, (HIRSP)?

Si alguna de las persona especificadas posee cobertura de HIRSP, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

¿Usted y/o su cónyuge han incurrido en gastos médicos como resultado de accidentes o tienen pendiente algún acuerdo o demanda por accidente?

Si existen gastos médicos como resultado de accidentes sufridos por usted y/o su cónyuge, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

Si la respuesta es “Sí”, marque si usted y/o su cónyuge han incurrido en gastos o tienen pendiente algún acuerdo o demanda

Marque el casillero que corresponda.

¿Usted y/o su cónyuge reciben la cobertura Parte A o B de Medicare?

Si usted está recibiendo cobertura Parte A o B de Medicare, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”. Si su cónyuge está recibiendo cobertura Parte A o B de Medicare, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

Número de tarjeta *Medicare*

Escriba los números de la tarjeta Medicare de quienes reciben cobertura de *Medicare*.

Si reúnen los requisitos necesarios, ¿usted y/o su cónyuge desean que el estado de Wisconsin pague la Parte B de la prima?

Si usted y/o su cónyuge desean que el estado de Wisconsin pague la Parte B de la prima (si reúnen los requisitos necesarios), marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

SECCIÓN XI -Transferencia de recursos

¿Se han vendido o cedido recursos o activos en los últimos tres años?

Si se han vendido o cedido recursos o activos en los últimos tres años, marque "Sí".

De lo contrario, marque "No".

Si la respuesta es "Sí", escriba el tipo de recurso o activo, el valor y la fecha en que fue vendido o cedido.

(Ejemplos de algunos tipos de recursos o activos son dinero en efectivo, cuentas bancarias o de ahorro, bienes raíces, bienes/seguros funerarios o seguro de vida).

¿Usted y/o su cónyuge han creado un fideicomiso en los últimos cinco años?

Si usted y/o su cónyuge han creado fideicomisos en los últimos cinco años, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si la respuesta fue "Sí", escriba el tipo de fondo y la fecha (mm/dd/aa) en que se creó el fideicomiso.

¿Desea usted que su cónyuge conserve la porción máxima permitida de sus ingresos si usted fuera internado?

Una persona internada (es decir, una persona que se encuentre en una residencia para ancianos, residencia de cuidados intermedios, institución para enfermos mentales, hospital o que participe en algún programa comunitario de renuncia [waiver]) que reúna los requisitos para *Medicaid* puede estar autorizada a proteger parte de sus ingresos transfiriéndoselos a su cónyuge no internado, dependiendo del monto de ingresos de la asignación de recursos para el cónyuge.

Si la persona internada permitirá que la porción máxima disponible de ingresos sea transferida al cónyuge no internado, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

Si la respuesta es "No", ¿qué porción dejaría disponible?

Escriba el monto en dólares el dinero que será puesto a disposición.

El próximo grupo de preguntas debe ser respondidas SÓLO sí usted y/o su cónyuge están en una residencia para ancianos u hospital.

Nombre de la persona que está en el hospital o residencia para ancianos

Escriba el apellido y nombre de la persona que está en el hospital o residencia para ancianos.

Nombre del hospital o residencia para ancianos

Escriba el nombre de la residencia para ancianos u hospital.

Fecha de ingreso a cada hospital o residencia para ancianos

Escriba la fecha de admisión en la residencia para ancianos u hospital.

SECCIÓN XII - Derechos y obligaciones

Su firma en esta solicitud significa que usted entiende y reconoce que el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, el organismo W-2 y el *Department of Health and Family Services*, Departamento de Salud y Servicios Familiares, del estado están autorizados a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración del programa *Medicaid* autorizado por las leyes de Wisconsin.

Cualquier persona, institución financiera, entidad de informe crediticio, empleador o institución educativa está autorizada a divulgar esta información de acuerdo con la ley de Wisconsin, sección 49.22 (2m)(a), que establece lo siguiente: El departamento puede solicitar que cualquier persona proporcione todo tipo de información que considere apropiada y necesaria para la administración de la presente sección, de las secciones 49.141 a 49.161, 49.19, 49.46, 49.468 y 49.47; y los programas que llevan a cabo las determinaciones de 7 USC 2011 al 2029. A menos que el acceso a dicha información esté prohibido o restringido por ley o que la persona exponga una causa justa para negarse a cooperar, según lo determina el departamento conforme a las leyes y reglamentos de la legislación federal, la persona deberá realizar un esfuerzo de buena fe para proveer esta información dentro de los 7 días posteriores a la recepción del pedido, según lo dispuesto en este párrafo. Excepto lo estipulado en los apartados (2p) y (2r) y sujeto al apartado (12), el departamento u organismo de sustento de menores del condado, según lo establece la sección 59.53(5), puede divulgar la información obtenida de acuerdo con lo estipulado en este párrafo sólo en la administración de esta sección, las secciones 49.141 a 49.161, 49.19, 49.46 y 49.47 y los programas que cumplen con las determinaciones de 7 USC 2011 a 2029. Los empleados del departamento u organismo de sustento del menor del condado, según la estipula la sección 59.53(5) están sujetos a la sección 49.83.

Si usted reúne los requisitos para *Medicaid*, la ley del estado de Wisconsin, con limitadas excepciones, requiere la recuperación de ciertos beneficios de *Medicaid* de su patrimonio. El folleto *Estate Recovery Program* (PHC 13032), Programa de Recuperación de Patrimonio, le provee información sobre la recuperación del patrimonio. Usted puede obtener una copia del folleto en el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu o comunicándose con los *Medicaid Recipient Services*, Servicios para Beneficiarios de Medicaid, al 1-800-362-3002. Ciertos beneficios que usted recibe de la comunidad después de los 55 años y todos los beneficios de *Medicaid* que recibe mientras viva en una residencia para ancianos o esté internado en un hospital por 30 días o más, son recuperables. Además, si usted vive en una residencia para ancianos o está internado en un hospital, y no está previsto que vuelva a vivir a su hogar, se puede aplicar un embargo preventivo a su hogar. Si usted, su cónyuge u otro familiar viven en su casa, no se procederá con el embargo.

Tiene el derecho de apelar solicitando una audiencia imparcial si no está de acuerdo con cualquier acción legal que se inicie en relación con su solicitud o los beneficios actuales. Para solicitar una audiencia, deberá escribir a:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

También podrá solicitar personalmente o por escrito una audiencia imparcial al organismo local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. El DHFS es un proveedor de servicios que adhiere a las prácticas igualitarias en el lugar de trabajo. Para presentar una denuncia por discriminación, escriba a:

Wisconsin Department of Health and Family Services
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 West Wilson Street, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Teléfono: 1-608-266-9372 (voz) o 1-608-266-2555 (TTY)
Fax: 1-608-267-2147

o bien

U.S. Department of Health and Family Services
Office of Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue
Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: 1-312-886-5077 (voz) o 1-312-353-5693 (TTY)

LISTA DE VERIFICACIÓN

- Lea la sección “Derechos y obligaciones”
- Firme y feche el formulario de solicitud.
- Adjunte a su solicitud toda documentación adicional u hojas utilizadas para completar la solicitud.
- Si usted no es un ciudadano estadounidense, incluya copias de la documentación sobre su condición inmigratoria
- Si usted está actuando en nombre del solicitante, incluya el formulario del “Representante autorizado”.
- Complete todas las secciones de la solicitud que se apliquen a su caso.

Envíe la solicitud completa al departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, el organismo W-2 o la filial de Medicaid de su condado. Puede encontrar los domicilios de los organismos del condado o tribu en: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid1/contacts/recipient-contacts.htm>, o bien llamando a *Medicaid Recipient Services*, Servicios para Beneficiarios de Medicaid, al 1-800-362-3002.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROGRAMA

Si está interesado en servicios para veteranos de guerra, llame al 1-800-947-8347 (WIS-VETS), o comuníquese con el *Veteran Service Officer*, Funcionario de Servicios para Veteranos.